

„მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო პერიოდში გაწეული გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი და/ან გეგმური სტაციონარული მომსახურების და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ონკოპრეპარატების და ბაზისური მედიკამენტების შესახებ სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარსადგენი ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების შევსების წესი“

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში-პროგრამა) ფარგლებში, საანგარიშგებო დოკუმენტაციის შევსება ხდება ელექტრონულად, ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის მოდულში „ელ. ანგარიშგების მოდული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის“, ქვემოთ ჩამოთვლილი ველების შესაბამისად:

ბენეფიციარი

იდენტიფიკაციის ტიპი - იწერება საანგარიშგებო მონაცემის იდენტიფიცირების წყარო.

პროგრამის ფარგლებში ანგარიშის წარდგენისას, შემთხვევათა იდენტიფიკაცია ხდება ორი მაჩვენებლის მიხედვით:

1. შემთხვევის ნომერი - **სავალდებულო ველი**. იწერება პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული შეტყობინების უნიკალური ნომერი. შემთხვევის ნომრის მიხედვით, იდენტიფიცირება ხდება შემდეგი ფორმების შევსებისას: N36(ახალი)_2, N36(ახალი)_3, N36(ახალი)_4, N36(ახალი)_5, N36(ახალი)_6, N36(ახალი)_7, N36(ახალი)_8, მინიმალური, საბაზისო დაზღვეული_10, ვეტერანი_10, N165_1 (შესრულებული სამუშაო), N165_2, N165_3, N165_4, N165_5, N165_6, N165_7, N165_8, ასაკობრივი ჯგუფი_10, N218_2, N218_3, N218_4, N218_5, N218_6, N218_7, N218_8, მიზნობრივი ჯგუფი_10, INF11, 2018 წლის 1 მაისიდან წარმოშობილი ურთიერთობებისთვის: ქიმიოთერაპია და ჰორმონოთერაპია_6 (N36(ახალი)_6, N165_6, N165_6 ნაცვლად), სხივური თერაპია_7 (N36(ახალი)_7, N165_7, N218_7 ნაცვლად), მშობიარობა და საკეისრო კვეთა_8 (N36(ახალი)_8, N165_8, N165_8 ნაცვლად), მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება_10 (მინიმალური, საბაზისო, დაზღვეული_10, ვეტერანი_10, მინიმალური, საბაზისო, დაზღვეული_10, ვეტერანი_10 ნაცვლად).
2. მიმართვის ნომერი - იწერება პროგრამის ფარგლებში გეგმიურ სამედიცინო მომსახურებაზე განმახორციელებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული მატერიალიზებული ვაუჩერის უნიკალური ნომერი. მიმართვის ნომრის მიხედვით, იდენტიფიცირება ხდება შემდეგი ფორმების შევსებისას: N36(ახალი)_4, N36(ახალი)_5, N36(ახალი)_6, N36(ახალი)_7, N36(ახალი)_8, N165_1 (შესრულებული სამუშაო), N165_4, N165_5, N165_6, N165_7, N165_8, N218_4, N218_5, N218_6, N218_7, N218_8, მინიმალური, საბაზისო დაზღვეული_10, ვეტერანი_10, ასაკობრივი ჯგუფი_10, მიზნობრივი ჯგუფი_10, 2018 წლის 1 მაისიდან წარმოშობილი ურთიერთობებისთვის: ქიმიოთერაპია და ჰორმონოთერაპია_6 (N36(ახალი)_6, N165_6, N165_6 ნაცვლად), სხივური თერაპია_7 (N36(ახალი)_7, N165_7, N218_7 ნაცვლად), მშობიარობა და საკეისრო კვეთა_8 (N36(ახალი)_8, N165_8, N165_8 ნაცვლად), მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება_10 (მინიმალური, საბაზისო, დაზღვეული_10, ვეტერანი_10, მინიმალური, საბაზისო, დაზღვეული_10, ვეტერანი_10 ნაცვლად) შემთხვევაში.

იდენტიფიკაციის ტიპის გრაფაში შემთხვევის ნომრის მითითების და სინქრონიზაციის შედეგად, ყველა ველი ავტომატურად ივსება სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში დაფიქსირებული ინფორმაციის შესაბამისად, გარდა ფაქტობრივი ხარჯისა.

პაციენტის პირადი ნომერი, სახელი და გვარი - იწერება მოსარგებლის სახელი, გვარი და პირადი თერთმეტნიშნა კოდი, რომელიც მას მინიჭებული აქვს სსიპ-სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს რეესტრში; მოსარგებლის გვარის ველი არ ითვლება სავალდებულოდ სამოქალაქო რეესტრის ბაზაში ასეთის არარსებობის შემთხვევაში.

მოქალაქეობა - იწერება მოსარგებლის მოქალაქეობრივი სტატუსი.

დაბადების თარიღი - იწერება მოსარგებლის დაბადების თარიღი, შემდეგი ფორმატით „დღე. თვე. წელი“, მაგალითად, თუ პირი დაბადებულია 2007 წლის 5 მარტს - 05.03.2007.

სქესი - გრაფაში უნდა მიეთითოს მოსარგებლის სქესი შემდეგი ფორმატით: მამაკაცი ან ქალი.

ტიპი - განისაზღვრება პროცედურების იდენტიფიკაციის სტატუსი. პროგრამის ფარგლებში, ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ ის შემთხვევები, სადაც ანგარიშგების მომენტისთვის ბენეფიციარს აქვს სტატუსი „იდენტიფიცირებული“.

ასაკი - იწერება მოსარგებლის ასაკი მკურნალობის დაწყების/ვიზიტის განხორციელების დროს.

საკონტაქტო ტელ. და ელ. ფოსტა - იწერება ბენეფიციარის საკონტაქტო ინფორმაცია, კერძოდ: ტელეფონის ნომერი და ელ. ფოსტა.

მიღების თარიღი - იწერება პაციენტის დაწესებულებაში მოთავსების თარიღი და დრო. ინფორმაცია იწერება შემდეგი ფორმატის მიხედვით: „დღე. თვე. წელი. საათი: წუთი: წამი“.

გაწერის თარიღი - იწერება პაციენტის დაწესებულებიდან გაწერის თარიღი და დრო. ინფორმაცია იწერება შემდეგი ფორმატის მიხედვით: „დღე. თვე. წელი. საათი: წუთი: წამი“.

ICD 10/მკურნალობა, NCSP, ICPC2

ICD-10-ის დამატება - გრაფაში იწერება პროგრამით გათვალისწინებული დიაგნოზი/დიაგნოზები (ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10-ის მიხედვით), რომლის ფარგლებშიც მოსარგებლეს გაეწია შესაბამისი პროგრამული სამედიცინო მომსახურება;

NCSP-ის დამატება - გრაფაში იწერება პროგრამით მოსარგებლისათვის დადგენილი დიაგნოზის/დიაგნოზების ფარგლებში სამედიცინო დაწესებულების მიერ განხორციელებული სამედიცინო ჩარევები სკანდინავიური ქვეყნების ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი NCSP-ის მიხედვით;

ICPC2 -ის დამატება - გრაფაში იწერება პროგრამით გათვალისწინებული ლაბორატორიული კოდი/კოდები.

ხელოვნური კოდი

ნოზოლოგიის ხელოვნური კოდი - გრაფაში იწერება პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების თაობაზე მიმწოდებლისაგან განმახორციელებელთან ფინანსური და სტატისტიკური

ანგარიშგებისთვის წარმოსადგენი ინფორმაციის კომპიუტერულ პროგრამაში აღრიცხვის, დამუშავების/ინსპექტირებისა და ანალიზის მიზნით, სააგენტოს მიერ განსაზღვრული კოდი, რომელიც შეთანხმებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან და განთავსებულია სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე www.ssa.gov.ge და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის საინფორმაციო პორტალზე; ამავე გრაფაში ფიქსირდება დაწესებულების კონტრაქტში მითითებული კონკრეტული ნოზოლოგიური კოდის ღირებულება. თუ დაწესებულებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე არ აქვს დაფიქსირებული ნოზოლოგიური კოდის ღირებულება, ამ კოდის შესაბამის ნოზოლოგიაზე გაწეული მომსახურების საანგარიშგებოდ წარდგენა ვერ მოხერხდება.

ძირითადი დიაგნოზი - სავალდებულო ველი. იწერება შემთხვევის ფარგლებში არსებული, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი წამყვანი ნოზოლოგია.

თანმხლები დიაგნოზი - სავალდებულო ველი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, იწერება ნოზოლოგიური კოდი, რომელიც განსაზღვრავს ძირითადი დიაგნოზის თანმხლებ ნოზოლოგიას.

შემთხვევის ტიპი

უნიკალური ნომერი - იწერება პროგრამის ფარგლებში, მიმწოდებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული შეტყობინების უნიკალური ნომერი.

პაციენტის დაწესებულებაში მისვლის ფორმა - იწერება პაციენტის დაწესებულებაში მოხვედრის ფორმა სამი სტატუსის მიხედვით: თვითღირებით, გადმოყვანილია და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

სამედიცინო დოკუმენტის N - იწერება პროგრამის მოსარგებლეზე სამედიცინო დაწესებულებაში გახსნილი სამედიცინო ისტორიის ნომერი;

გამოსავალი - იწერება პაციენტის მდგომარეობის და მკურნალობის პროცესის განმსაზღვრელი სტატუსი დაწესებულების დატოვების მომენტისთვის - „გამოჯანმრთელება“, „რემისია“, „სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენა“, „ლეტალობა“, „რეფერალი (სხვა სტაციონარში)“, დაუსრულებელი მკურნალობა (ხელწერილის საფუძველზე), „რეფერალი (იმავე სტაციონარში, სხვა განყოფილებაში),

თუ გამოსავლის ველში ივსება სტატუსი „რეფერალი (სხვა სტაციონარში)“, ფორმას ემატება ორი სავალდებულო ველი:

1. მიმღები დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი;
2. კომენტარი - უნდა დაიწეროს პაციენტის გადაყვანის მიზეზი.

პაციენტი გადაყვანილია ორგ. TAX სადაც მოხდა პაციენტის გადაყვანა / გადაყვანის მიზეზი - იწერება კლინიკის საიდენტიფიკაციო კოდი, რომელ კლინიკაშიც ხდება მოსარგებლის გადაყვანა. მიეთითება გადაყვანის მიზეზი.

დიაგნოზის დაწყების და დასრულების თარიღი და დრო - პროგრამის ფარგლებში მოსარგებლისთვის გაწეული თითოეული მომსახურების (პროგრამული შემთხვევის) დაწყების და დასრულების თარიღი და დრო.

მომსახურების ღირებულება

მოსარგებლის მიერ გადახდილი თანხის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი - იწერება მოსარგებლის მხრიდან თანხის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტის უნიკალური ნომერი. იმ შემთხვევაში, თუ საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენის მომენტისთვის, სამედიცინო დაწესებულებასთან შეთანხმების საფუძველზე, მოსარგებლეს თანხა აქვს გადახდილი ნაწილობრივ ან გადახდა მიმდინარეობს ეტაპობრივად, სავალდებულოა, მოსარგებლესა და დაწესებულებას შორის არსებული შეთანხმების ამსახველი იურიდიული დოკუმენტის ასლის წარდგენა საანგარიშგებო დოკუმენტაციასთან ერთად და აღნიშნულის თაობაზე მითითებული იყოს კომენტარსი ველში.

ფორმა N IV-100/ა - იწერება დაწესებულების მხრიდან ფორმა N IV-100/ა-ს ნომერი.

ხელოვნური კოდი - გრაფაში იწერება პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების თაობაზე სააგენტოს მიერ განსაზღვრული კოდი.

ფაქტობრივი ხარჯი - სავალდებულო ველი. ბენეფიციარის მკურნალობის პროგრამით განსაზღვრული ერთი ნოზოლოგიური კოდის/თითოეული პროგრამული შემთხვევის/მკურნალობის ეპიზოდის ფაქტობრივი ხარჯის ჯამური ოდენობა.

სახელმწიფოს მხრიდან თანაგადახდა (%) - სავალდებულო ველი, არსებობის შემთხვევაში, ფიქსირდება პროგრამის ფარგლებში, შესაბამის ქვეკომპონენტზე დადგენილი თანაგადახდა გამოხატული პროცენტულად.

პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი თანხა - სავალდებულო ველი. არსებობის შემთხვევაში, იწერება მოსარგებლის მხრიდან დასაფარი თანხის სრული ოდენობა ქვეკომპონენტზე პროგრამით დადგენილი თანაგადახდის შესაბამისად .

პაციენტის მხრიდან თანაგადახდა პროგრამის პირობებით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში - არსებობის შემთხვევაში, ფიქსირდება (პროგრამულად გამოითვლება) მოსარგებლის მხრიდან დასაფარი თანხის ოდენობა ქვეკომპონენტზე პროგრამით დადგენილი თანაგადახდის შესაბამისად, პროგრამის პირობებით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში.

დაწესებულებაში გატარებული დღეების/საათების რაოდენობა - ფიქსირდება პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული საწოლდღეების/საათების რაოდენობა.

სახელმწიფო პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხა - ფიქსირდება თანხა, რომელიც ანაზღაურდება განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში, ერთ ნოზოლოგიურ კოდზე გაწეული მომსახურებისთვის.

ჯამურად ასანაზღაურებელი თანხა - (სახელმწიფო პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხა) - ფიქსირდება თანხა, რომელიც ანაზღაურდება განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში, ერთ შემთხვევაზე გაწეული სხვადასხვა მომსახურებისთვის.